

DES
SILLONS DES ONGLES
CHEZ LES ALIÉNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ PAPILLON

Né le 9 Décembre 1871, au Bois-d'Oingt (Rhône).

Ancien Externe

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Lyon

Interne à l'Asile de Bron.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

DES
SILLONS DES ONGLES
CHEZ LES ALIÉNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ PAPILLON

Né le 9 Décembre 1871, au Bois-d'Oingt (Rhône).

Ancien Externe

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Lyon

Interne à l'Asile de Bron.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURIE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYON.
DEVIC.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PIERRET, Président ; M. BARD, Assesseur ; MM. BOYER et COLLET Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PIERRET

INTRODUCTION

Le nombre des maladies qui laissent à leur suite des stigmates plus ou moins apparents, sortes de cachets irréfragables de leur existence antérieure, est très considérable.

La plupart des affections locales, par exemple, provoquent soit au point même de la localisation, soit à distance, une modification telle des tissus que le retour *ad integrum* ne peut s'effectuer qu'exceptionnellement. C'est une règle presque banale en anatomie pathologique que la plupart des lésions laissent à leur suite une déformation, un changement de consistance et de coloration de la trame organique, indices de leur évolution antérieure.

Mais, à côté de ces cicatrices qui évoluent *loco dolenti*, il convient de placer en parallèle les stigmates consécutifs à l'évolution de maladies générales. Ceux-ci moins connus, ou plutôt interprétés d'une façon insuffisante, n'ar-

rêtent pas l'observateur, et leur importance clinique passe trop souvent inaperçue. Moins évidents que les cicatrices, ils n'attirent pas comme elles l'attention du clinicien ; ils apparaissent discrètement, ils sont parfois même si fugaces qu'ils demandent des recherches minutieuses et systématiquement dirigées de ceux qui ne veulent point s'exposer à les méconnaître.

On a noté de tout temps les troubles graves que le mauvais fonctionnement de l'organisme entraîne du côté de certains tissus très accessoires. Qui ne connaît les lésions du côté des dents, des ongles et des poils à la suite des fièvres.

La chute des cheveux est le phénomène le plus souvent observé ; elle se produit quelquefois en masse. Ainsi les cheveux courts et bouclés de formation récente, que l'on remarque sur la tête des jeunes filles, sont ordinairement le résultat et l'indice d'une fièvre typhoïde guérie. La plupart du temps l'alopecie est partielle et uniforme, elle n'est d'ailleurs jamais définitive. Au bout de quelque temps les bulbes capillaires reprenant leur force de sécrétion et habituelle, on voit les cheveux acquérir insensiblement leur longueur et leur abondance normales.

Les sillons transversaux qu'on observe sur les dents d'un grand nombre de personnes sont généralement (les rachitiques exceptés) sous la dépendance d'une maladie de l'enfance qui a provoqué un trouble grave dans l'évolution de la seconde dentition.

La chute des ongles peut être observée dans les mêmes circonstances, mais encore faut-il que la maladie soit assez grave pour arrêter complètement la sécrétion pendant un certain laps de temps.

D'ordinaire la chute ne se produit pas, mais l'ongle souffre et son évolution est plus ou moins viciée. De là des sillons, véritables cannelures transversales, qui apparaissent sur les ongles quelque temps après la maladie et qui témoignent de son existence antérieure.

Nous nous permettrons de faire remarquer, qu'ainsi se trouvent réunis une fois de plus dans une même affinité pathologique des organes : les poils, les ongles et les dents, tant l'identité de nature a été prouvée récemment à la lumière de l'anatomie comparée et de l'embryogénie, et qui ont été désignés sous le nom de phanères.

C'est l'étude des sillons des ongles chez les aliénés qui fait l'objet de ce mémoire. Les auteurs qui s'en sont occupés jusqu'à présent signalent leur apparition uniquement à la suite des affections aiguës ; l'observation clinique nous a vite convaincu que c'était là une façon trop étroite d'envisager la question, car il n'en est pas toujours ainsi. Ces sillons peuvent être souvent l'expression d'états pathologiques chroniques, et à ce point de vue, d'une part les troubles digestifs paraissent avoir une influence particulière, comme d'autre part, dans le cours de folies dites partielles, on voit, en l'absence de tout symptôme organique grave apparaître des sillons des ongles qui ne

peuvent être considérés que comme un des modes de réaction physique de conceptions délirantes de nature triste.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à affirmer notre reconnaissance envers M. le professeur Pierret, qui nous a inspiré ce mémoire dont il a surveillé l'exécution en ne nous ménageant ni les conseils ni les encouragements. Nous l'en remercions sincèrement ainsi que de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

De tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, et plus particulièrement de M. le professeur Augagneur, de MM. les professeurs-agrégés Vincent, Chandelux, Bouveret, de MM. Mouisset, Pic et Clément, médecins des hôpitaux, nous garderons le meilleur souvenir.

Nous avons rempli dans le cours de cette année, les fonctions d'interne dans le service de M. le D^r Brun, médecin en chef de l'asile de Bron, et nous conserverons longtemps la mémoire de ses leçons si fructueuses et si familières qui en faisaient pour nous, en même temps qu'un maître éclairé, un ami bienveillant.

Nous remercions M^r le D^r Rousset, médecin adjoint de l'asile de Bron pour la sympathie qu'il nous a témoignée durant le temps qu'il fut notre chef de service.

Merci également à nos collègues d'internat et particulièrement à nos camarades de promotion, D^r Toy, chef de clinique, et Audemard.

DES

SILLONS DES ONGLES

CHEZ LES ALIÉNÉS

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est Riel qui le premier a signalé les altérations des ongles à la suite des maladies fébriles, et cela dans un court article intitulé : *Unguium vitia in convalescentibus a febre maligna*.

Il s'exprime ainsi : « *Pluries mihi homines a febre maligna convalescentes occurrebant quibus ungues penitus albescentes more capillorum decidebant. Hoc vitio minori gradu existente, ungues omnes manuum et pedum circa radices, linea alba, semilunari notantur quæ superata febre cum lunula parallela prodit, usque dum post plures menses ad apices unguium promota abscidentur.* »

Beau, en 1846, dans son excellente étude *Sur certains caractères de séméiologie rétrospective présentés par les ongles*, exhuma cette note à laquelle il n'avait été prêté

aucune attention, et qu'il retrouva après avoir terminé ses recherches et alors qu'il croyait être le premier à signaler le fait. Il essaye du reste de séparer sa découverte de celle de Reil ; car, dit-il, l'altération indiquée par ce dernier n'est pas un sillon, mais une ligne blanche que je n'ai pas encore trouvée ; cette ligne blanche ne serait observée qu'après les seules fièvres malignes, tandis que mes sillons peuvent être observés après toutes les affections aiguës ; Reil ne fait pas remarquer de plus que la progression de ces lignes qui, suivant lui, affectent les ongles des mains et des pieds en même temps, est quatre fois plus rapide dans les premiers que dans les seconds.

Les deux observations, sans être absolument identiques, doivent pourtant être réunies dans toute étude traitant des altérations des ongles au cours des maladies générales. La courte note de Reil n'enlève en outre rien au mérite de la remarquable publication de Beau, qui a pour base des faits précis longtemps étudiés et exposés avec toutes les conséquences cliniques qui en découlent.

On n'entend plus parler de sillons jusqu'en 1860, époque à laquelle la *Gazette des hôpitaux* publie un résumé de l'article de Beau qui, si on en juge par les suites, eut un plus grand retentissement que l'œuvre originale. On trouve, en effet, pendant l'année suivante un certain nombre de communications arrivant d'un peu partout, et signées de collaborateurs obscurs.

C'est Alliot (1861) qui publie une observation de sillons chez un phtisique à la suite d'une poussée aiguë, et s'aide des conclusions de Beau pour porter un pronostic que l'évolution immédiate de la maladie vient confirmer.

C'est le Dr Ménard, de Vitry-le-Français, qui signale

le même phénomène à la suite d'une entérite cholériforme et d'un accouchement après trente-six heures de douleurs.

Le D^r Soufflet de Paris et le D^r Rondon, qui observent sur eux-mêmes l'évolution d'un sillon consécutif chez l'un à un embarras gastrique fébrile, chez l'autre à une pneumonie grave.

D'autres contrôlent la loi de croissance des ongles formulée par Beau et les anatomistes, et en démontrent la variabilité extrême.

Mais le premier moment de curiosité une fois satisfait, on observe un nouveau silence de huit ans qui est rompu en 1870 par une publication assez importante du professeur Vogel dans le *Deutsche Archiv für klinische Medicin*. L'auteur s'attache à contrôler pendant plusieurs années les conclusions de Beau et constate l'apparition d'un certain nombre de sillons, en particulier à la suite de fièvre typhoïde et d'un certain nombre de maladies fébriles.

Il laisse de côté les causes morales amenant des perturbations graves de la nutrition qu'il est mal placé pour examiner, ayant un service de médecine générale.

En 1880, le journal anglais *The Lancet* publie un certain nombre d'observations adressées par des collaborateurs d'occasion, et semblables à celles déjà signalées dans la *Gazette des hôpitaux*, c'est-à-dire traitant des apparitions de sillons à la suite de maladies fébriles, fait dont l'existence ne saurait être mise en doute.

CHAPITRE II

Caractères physiques des sillons des ongles.

Un trouble quelconque de la nutrition se traduit sur la racine de l'ongle par un sillon transversal. Mais, pour Vogel, le sillon serait l'expression la plus grave d'une maladie, et souvent, au lieu d'un changement de forme on aurait un simple changement de coloration qui consisterait tantôt en une opacité linéaire peu accentuée, tantôt en une raie blanche difficilement visible tant que la lunule n'est pas dépassée, et qui toutes deux suivraient la destinée ultérieure du sillon et iraient tomber sous les ciseaux au bout d'un temps variable.

Sans nul doute, ces troubles de coloration sont de nature identique aux sillons, mais ils sont extrêmement rares, il ne nous a été donné qu'une fois d'observer la raie anémique et chez une malade atteinte de paralysie agitante, où rien dans la marche de la maladie ne pouvait donner la clef de l'apparition de ce phénomène.

Nous nous en tiendrons donc à l'étude des sillons qui,

nous le verrons plus loin, sont souvent consécutifs à des faux pas assez légers dans la marche de l'organisme pour qu'on ne puisse en retrouver trace.

Ces sillons ont une direction parallèle à la matrice de l'ongle, c'est-à-dire transversale.

Leur profondeur varie beaucoup : tantôt ils sont constitués par une dépression très légère, tantôt ils occupent la presque totalité de l'épaisseur de l'ongle. En général, ils sont plus marqués sur la partie médiane de l'ongle que sur les côtés ; en général aussi, ils sont d'autant plus profonds que l'ongle est plus gros. C'est pour cela qu'à la main il faut les chercher presque uniquement sur l'ongle du pouce, car ils y sont toujours plus marqués que sur les ongles des autres doigts, et quelquefois même l'ongle du pouce en présente d'assez visibles sans qu'il soit possible d'en découvrir ailleurs.

Leur étendue affecte la totalité du diamètre transversal de l'ongle. Mais il n'en est pas moins vrai que, fréquemment, ils occupent seulement la partie moyenne de ce diamètre et ceci parce que c'est la portion la plus épaisse de l'ongle, comme il est facile de s'en rendre compte par des mensurations sur le cadavre ; à mesure qu'ils s'éloignent de cette partie médiane, ils s'effacent progressivement.

Leur largeur est infiniment variable, quelquefois elle est très minime et admet à peine un fil mince, d'autres fois elle est de 2 à 3 millimètres, et peut occuper dans certains cas la presque totalité de l'ongle.

Les bords de la dépression peuvent se fondre insensiblement ou par escalier avec la face de l'ongle, d'autres fois ils sont taillés brusquement, coupés à pic. Les deux

bords de la dépression peuvent présenter en même temps l'une des dispositions précédentes ; quelquefois un bord est brusquement coupé, tandis que l'autre ne l'est pas.

On trouve les sillons en différents points de la face libre de l'ongle, près du bord postérieur vers la partie moyenne, etc., suivant l'espace de temps qui s'est écoulé depuis la maladie à la suite de laquelle ils se sont formés. D'où cette conclusion naturelle, que la loi du temps qui préside à l'accroissement et au mouvement continu de génération des ongles étant connu, on pourra facilement savoir à quelle époque a existé la maladie.

Jusqu'à présent nous avons supposé l'existence d'un sillon unique, mais il est loin d'en être toujours ainsi, et la grande majorité des malades que nous avons examinés présentaient des sillons en nombre variable, variables également en dimension et qui témoignaient d'un trouble chronique de la nutrition, avec des alternatives de retour plus ou moins complet à l'état de santé se traduisant fidèlement sur la face libre de l'ongle.

Chez la plupart d'entre eux également, nous avons constaté en même temps un ralentissement très net de la croissance onguéale, conséquence du trouble organique, et qui coïncide, du reste, avec la formation des sillons.

Quelquefois les sillons ne sont pas aussi nombreux et également marqués sur les deux ongles correspondants, ce qui prouve que la sécrétion à l'un et à l'autre côté n'est pas également influencée par la maladie.

Le fond de ces sillons est généralement lisse, pourtant il peut être rugueux, friable, suffisamment poreux pour que les colorants et les poussières viennent l'imprégner,

et ajouter au changement de forme un changement de coloration.

Les sillons qui, d'après certains auteurs, pourraient s'observer indifféremment aux pieds comme aux mains, sont pourtant rares et difficiles à reconnaître aux orteils, rares, parce que la sécrétion des ongles y a une marche extrêmement lente et demande pour être influencée une maladie de longue durée ; difficiles à reconnaître, parce que le port de souliers trop étroits et les nombreux chocs extérieurs causent facilement des sillons des ongles des orteils, qui ne peuvent être distingués des sillons des fièvres que parce qu'ils ne sont pas disposés symétriquement.

L'expression la plus grave du trouble de nutrition consiste dans la chute des ongles, mais elle est rarement observée.

CHAPITRE III

Causes productrices des sillons.

Les maladies sous l'influence desquelles se développent les sillons sont toutes celles dans lesquelles la réparation alimentaire et l'assimilation sont suspendues ou diminuées.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Les sillons avec leurs caractères microscopiques ont été décrits plus haut, ils ne laissent sur la face inférieure de l'ongle aucune trace appréciable, il garde sa forme et sa coloration normale.

Un certain nombre de coupes d'ongles examinées au microscope nous ont montré seulement une simple diminution d'épaisseur sans autre altération de structure bien nette.

CHAPITRE V

Physiologie pathologique.

Beau, dans son mémoire, n'essaie pas d'éclaircir le mécanisme de la production des sillons, mais il pose deux affirmations importantes :

1° Que le sillon se forme sur l'extrémité radiculaire même de l'ongle et qu'il faut attendre un délai de trois semaines pour le voir apparaître à sa base ;

2° Que le trouble sécrétoire, tout en entraînant une diminution très nette de son épaisseur ne retarde en rien le cours de son évolution.

Or, en 1860, Alliot émet une théorie absolument contradictoire et dit :

C'est au retard de la croissance, consécutif aux maladies générales, qu'est due en grande partie la formation du sillon, qui n'est que l'empreinte que laisse le bout parabolique du derme en se réfléchissant, sur une même ligne transversale molle de la racine.

Pour nous, le sillon est dû à un trouble sécrétoire qui s'accompagne d'un retard très net dans la croissance, et son siège primitif est l'extrémité radiculaire même.

CHAPITRE VI

Diagnostic différentiel.

Les sillons consécutifs aux maladies générales peuvent être facilement distingués des autres rainures transversales qu'on observe dans certaines affections des extrémités.

Les premiers, en effet ;

1° Apparaissent à la suite d'un trouble organique diffus ;

2° Sont surtout marqués aux pouces et vers le milieu de l'ongle ;

3° Sont au même niveau sur les ongles des deux mains.

Les seconds, au contraire :

1° Apparaissent à la suite d'une affection localisée aux extrémités (panaris, eczéma, psoriasis) ;

2° Sont répartis indifféremment sur tel ou tel doigt, ou n'existent que d'un seul côté, ou à des niveaux différents à droite ou à gauche.

Sur les ongles des orteils, les sillons du premier groupe sont rares et doivent être distingués de ceux dont le port de souliers trop étroits ou les nombreux chocs extérieurs provoquent l'apparition, ce qui est souvent très difficile.

CHAPITRE VII

Des indices que peuvent fournir les sillons.

Beau tire de la présence et des caractères des sillons un certain nombre de déductions cliniques qui, dit-il, ont un certain degré d'importance en séméiologie puisqu'elles jettent souvent des lumières sur l'état antérieur des malades et permet de les plonger dans une stupéfaction bien facile à concevoir en leur posant des questions auxquelles ils n'ont à répondre que par oui.

Ces déductions sont relatives : à l'existence d'une maladie passée, à sa durée et son intensité, l'époque de son existence, son mode d'invasion, son mode de terminaison et toutes ses circonstances principales. Nous les passerons en revue en les discutant, en les complétant des résultats de nos observations personnelles.

a) En premier lieu on peut émettre sans crainte l'affirmation que, un sillon unique et suffisamment marqué est la conséquence d'une maladie antérieure, mais, à l'encontre de Beau qui conclurait immédiatement à une affection

grave, les nombreux examens auxquels nous nous sommes livré nous ont rendu compte que souvent, chez certains individus à prédisposition spéciale, il suffisait d'une cause minime pour provoquer l'apparition d'un léger sillon. Les préoccupations d'un concours, des soucis, des excès un peu prolongés, une chute de bicyclette avec contusions multiples mais sans gravité ont provoqué l'apparition de sillons plus ou moins nets, et plusieurs fois il nous est arrivé d'interroger soigneusement des individus qui n'en trouvaient dans leurs antécédents aucune cause possible. Le fait en lui-même n'a donc pas la valeur absolue que lui accordait Beau ; mais si l'utilité en est diminuée, l'intérêt en est certainement accru, puisque chez certains individus, le moindre accroc dans la santé habituelle laisse son empreinte sur la sécrétion onguéale.

b) On pourrait, suivant Beau, avoir des indices sur la durée de la maladie, en considérant la largeur du sillon.

Aux pouces l'ongle croissant d'1 millimètre par semaine, un sillon de 1 millimètre de largeur indique une maladie ayant duré une semaine.

L'ongle du gros orteil croissant quatre fois moins vite, un sillon de largeur semblable indiquerait une maladie durant un mois. De sorte que toute affection de plus courte durée ne laissera sur l'ongle des orteils que des traces peu appréciables.

Toute séduisante que paraisse cette manière de voir, elle n'en est pas moins inexacte, car elle suppose, que pendant la formation du sillon la croissance de l'ongle n'est pas ralentie ; ce qui est faux, comme il est facile de s'en assurer en marquant d'un trait, la base de l'ongle d'un

individu dans le cours d'une maladie grave. On pourra constater alors un arrêt sinon complet, du moins très appréciable de sa sécrétion.

c) L'intensité de la maladie n'est pas non plus en rapport exact avec la profondeur du sillon, puisqu'on verra apparaître ce dernier, chez tel individu, à la suite d'un trouble léger, alors que chez tel autre, une maladie longue et grave, ne laissera pas de traces.

d) Beau dit encore : De la distance qui sépare le sillon de la base de l'ongle on pourra déduire exactement l'époque de l'existence de la maladie. Pour cela, il formule une loi de croissance des ongles qui rendrait le calcul facile (la partie recouverte étant de 3 millimètres).

Les ongles des mains croîtraient d'1 millimètre par semaine, ceux des pieds d'1 millimètre par mois.

Cette loi à peine émise a été battue en brèche par nombre d'observateurs, et des expériences concluantes entreprises par Ménard, Soufflet, Randon, Pradier de Clermont ; Beaupoil d'Ingrandes, le professeur Vogel, etc., ainsi que des résultats obtenus par nous-même on peut conclure :

Que la croissance des ongles est sujette à de grandes variations suivant : les individus, leur profession, leur âge, leur état de santé ou de maladie et suivant qu'on considère la main droite ou la main gauche, que ces variations sont extrêmement importantes, puisque, alors que pour Béclard l'ongle achèverait sa croissance en dix semaines et pour Sappey en douze ou quinze, pour Ménard et Soufflet il lui faudrait huit mois.

Or, la loi sur laquelle s'appuie Beau étant reconnue fausse, ses conclusions tombent d'elles-mêmes.

e) Conclure de la descente plus ou moins rapide des pentes du sillon, à l'invasion ou à la terminaison plus ou moins brusque de la maladie, c'est, on le voit d'après les objections émises plus haut, chose le plus souvent bien hasardée.

f) La dernière déduction de Beau a trait aux sillons multiples qui seraient, suivant cet auteur, en corrélation avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation dans une affection de longue durée, ce qui est théoriquement vrai quoique on puisse voir une série de sillons apparaître à la suite d'une maladie dans laquelle la marche a été progressivement et régulièrement ascendante pour devenir progressivement et régulièrement descendante chez certains individus de santé normale en apparence, leur présence doit faire soupçonner et rechercher les petits signes d'affections qui, pour être latentes, n'en sont pas moins graves. Nous avons été, de ce fait, amenés dans plusieurs cas au diagnostic de deux maladies redoutables : la syphilis et la tuberculose.

CHAPITRE VIII

Les sillons dans l'aliénation mentale.

Les sillons des ongles chez les aliénés ne sont pas chose rare et nous en avons recueilli, sur 1650 malades environ qui constituent la population de l'asile, près de 250 observations.

Nous les avons vus une quinzaine de fois succéder soit à des affections aiguës générales, soit à l'apparition brusque d'un accès d'agitation et de délire intense chez un individu primitivement sain ou déjà interné. Mais dans la plupart des cas ils ont accompagné l'évolution de troubles mentaux chroniques, souvent en dehors de tout symptôme viscéral, fait important et que nous n'avons nulle part retrouvé signalé.

Une intéressante remarque statistique qui se dégage de nos renseignements, c'est que la fréquence des sillons unguéaux croît en raison du degré d'intensité des manifestations délirantes.

Dans les quartiers d'agités et de dangereux demandant

une surveillance continuelle, on les rencontre chez presque la moitié des sujets.

La proportion baisse en même temps que l'excitation décroît; et vient en seconde ligne la catégorie des aliénés bruyants mais inoffensifs, des épileptiques et des paralytiques généraux. Enfin chez ceux auxquels on permet le travail, déments, idiots ou malades en voie d'amélioration, la présence de sillons est rarement constatée.

Nous classerons les sillons chez les aliénés en deux groupes :

1° Sillons consécutifs à une maladie générale ou à un épisode aigu, au début ou dans le cours d'une affection mentale;

2° Sillons concomitants de maladies mentales à longue durée ou à évolution chronique.

1° Sillons consécutifs à une maladie générale ou à un épisode aigu dans le cours d'une affection mentale.

Le sillon est dans la plupart des cas unique ou double, et apparaît de trois à cinq semaines après l'entrée en convalescence.

a) Les sillons consécutifs à des affections générales peuvent être observés assez fréquemment chez les aliénés, ils ne nous intéressent qu'à titre accessoire, et nous n'en citerons que deux observations laissant le lecteur en tirer les conclusions naturelles.

OBSERVATION I

*Fièvre typhoïde avec délire mélancolique. —
Sillon consécutif.*

G. Claudine, vingt-deux ans, domiciliée à Saint-Didier-au-Mont-d'Or, entre le 10 juillet 1895.

Père et mère inconnus.

Pas d'antécédents personnels.

Le délire a éclaté depuis huit jours et à l'entrée la malade est mélancolique et anxieuse, elle dort mal, pleure et se débat quand on veut l'examiner.

Langue saburrale. Urines rares et foncées, mais sans éléments anormaux. Température, 39 degrés.

La malade présente de la rétention d'urine pendant une quinzaine de jours, avec aggravation des symptômes digestifs, muguet, et diarrhée fétide.

Des abcès apparaissent aux malléoles et au niveau de la fosse iliaque externe. Ulcère de la cornée.

La température se maintient. Pas d'albumine dans l'urine.

A partir du 31 juillet, la température descend et les symptômes généraux s'amendent, et à partir du 10 août la température se maintient à 37°5.

Le 14 septembre, nous constatons sur tous les ongles des doigts de chaque main un sillon en voie de formation, marqué surtout sur les ongles des pouces.

Le 25 septembre, le sillon est complètement apparu, large de 1 millimètre à 1 mm. 1/2, il est distant de 1 à 2 millimètres de la base de l'ongle, suivant les ongles considérés.

OBSERVATION II

Diarrhée estivale chez un paralytique. — Sillons.

V... Henri, trente-quatre ans, entre le 19 octobre 1895, est employé de commerce.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade est très alcoolique.

A l'entrée, on constate des symptômes très nets de paralysie générale.

Tremblement, inégalité pupillaire, etc. Idées de grandeur et de satisfaction.

Le malade mange beaucoup et avec gloutonnerie.

Du 15 juillet au 15 août environ, diarrhée assez intense (6 selles par jour en moyenne), sans symptômes généraux.

Le 11 septembre, nous constatons sur le pouce de chaque main deux sillons onguéaux, le premier séparé du second par une crête fine d'ongle sain. Ces deux sillons ont chacun à peu près 1 millimètre de largeur, le dernier en date est en contact avec la base de l'ongle.

Le 19 novembre, le dernier sillon est à 6 millimètres de la base de l'ongle.

b) Après un épisode suraigu dans le cours d'une affection mentale, l'apparition de sillons est logique puisque, à défaut d'augmentation de la température, on constate des troubles digestifs, des refus d'aliments, de l'agitation perpétuelle avec insomnie, des conceptions délirantes lypémaniques, qui provoquent un amaigrissement, un affaiblissement rapide, tout comme une maladie générale grave. Les observations suivantes sont à ce point de vue très concluantes,

mais il est à remarquer ce fait, c'est que, sur toutes, les manifestations délirantes présentent un caractère mélancolique accusé, et assez prédominant pour les faire rentrer dans le cadre de la lypémanie anxieuse.

OBSERVATION III

Crises épileptiques avec délire intense. — Sillons consécutifs

C... Jules, terrassier, âgé de trente-trois ans, domicilié à Lyon, célibataire, entre à l'Asile le 28 janvier 1892.

Le malade prend des crises épileptiques depuis l'âge de quatorze ans, il a fait pour ce motif un séjour de trois ans à l'hospice du Perron.

A l'entrée, le malade présente un délire maniaque, mais assez léger pour qu'il réponde convenablement aux questions qu'on lui adresse. Depuis, l'état mental ne s'est pas amélioré, le malade s'est montré très méchant et très impulsif. Il prend une crise environ tous les deux ou trois jours. Avant et après chaque crise, il est plus excité.

Le 15 août 1895, crise violente et chute brusque dans laquelle C... se fait une large plaie du cuir chevelu. Il est immédiatement alité et pansé; l'agitation est extrême. Le même jour et pendant les trois qui suivent, on constate une moyenne de trois crises par vingt-quatre heures.

Pendant une période de quinze jours environ, le délire persiste intense et incohérent, le malade crie, gesticule, essaye de mordre et de frapper. Il refuse de manger et on le nourrit une fois à la sonde. Il ne prend que deux crises.

Température normale.

Urines normales.

A partir du 1^{er} septembre, l'état s'améliore rapidement.

Le 19 septembre, on constate sur le pouce gauche de la base de

l'ongle, à 1 millimètre en avant, un sillon dont la pente antérieure se relève progressivement; sur le pouce droit de la base de l'ongle, à 2 millimètres en avant, un sillon divisé en deux secondaires par une crête transversale; sur le médus droit, sillon léger à 3 millimètres de la base de l'ongle.

Le 12 novembre, le sillon de gauche est devenu double comme celui de droite.

A gauche, la lèvre postérieure est à 3 millimètres de la base.

A droite, à 4 mm. 50.

OBSERVATION IV

Lypémanie anxieuse d'origine héréditaire. — Episode aigu. — Sillons consécutifs.

C..., François, né le 23 juillet 1862, à Jullié, où est son domicile, est vigneron, marié, père de trois enfants bien portants.

Son grand père s'est noyé, son père s'est pendu.

Sa santé était satisfaisante quand débuta l'affection actuelle qui, au bout de huit jours, à la suite d'une tentative de suicide, le fit interner à l'asile de Bron, où il entra le 15 juin 1895.

Le certificat du 24 courant porte le diagnostic : Lypémanie anxieuse.

Le malade n'est pas très agité, il répond assez bien aux questions, mais fuit la société des autres malades et reste solitaire, parlant à voix basse sous l'influence de ses hallucinations.

L'état reste stationnaire jusque vers la fin de juillet où le malade s'agite, devient dangereux et essaye de se faire du mal. L'insomnie est habituelle, C... refuse souvent de manger et s'affaiblit graduellement, il est obligé de garder le lit.

Bientôt à l'agitation succède un état de stupeur complète. L'état général devient de plus en plus mauvais et vers le milieu d'août, apparaît une escarre sacrée qui fait porter un pronostic grave. On ordonne au malade des toniques à haute dose, l'escarre est soignée

antiseptiquement et, vers le commencement de septembre, marche à la cicatrisation en même temps que C... reprend appétit et engraisse un peu.

Le 15 septembre apparaît un sillon à la base de chaque ponce. A ce premier sillon viennent dans le courant du mois d'octobre s'en ajouter deux autres, de sorte que le 11 novembre on constate à la base de chaque ponce trois sillons, dont le plus éloigné de la base en est distant de 6 millimètres, et le plus rapproché de 2 millimètres. Ces trois sillons ont chacun près d'1 millimètre de largeur, leur fond est lisse, leur profondeur est maxima au niveau de l'axe de l'ongle.

On n'observe rien aux autres doigts.

OBSERVATION V

Accès d'agitation aiguë avec refus d'aliments. — Sillon consécutif.

A... Victorine, sans profession, âgée de trente-cinq ans, domiciliée à Romoris, entre à l'asile le 3 juillet 1895.

Elle a toujours eu une excellente santé, mais était très nerveuse, a souvent pris des crises à la suite de contrariétés. Toujours bien réglée, elle n'a eu ni grossesse, ni fausse couche.

A son entrée, elle se plaint d'insomnie, prétend qu'on l'électrise jour et nuit, parle avec volubilité, et exprime très nettement des idées de persécution et d'empoisonnement.

Rien au cœur ni au poumon.

Langue très rouge et constipation légère.

Douleur à la pression sur le vertex.

Urines normales.

L'état mental reste stationnaire jusque vers le milieu d'août où la malade est prise d'un accès d'agitation aiguë, qui nécessite l'alitement et l'emploi de la camisole de force, elle refuse plusieurs fois de manger, l'accès dure quatre jours et la malade revient à un calme relatif.

Le 18 septembre, nous constatons la présence sur les ongles de chaque pouce, à 1 millimètre environ de la base, d'un sillon large de 1/2 millimètre, occupant toute l'étendue transversale de l'ongle et dont le fond est absolument lisse.

Sur chaque index à 2 millimètres de la base sillon présentant les mêmes caractères.

Le 23 septembre, la malade est transférée dans un autre asile.

Elle est plus calme qu'à son entrée à Bron.

OBSERVATION VI

Lypémanie anxieuse de longue durée. — Série de sillons consécutifs.

M..., Antoine-Auguste.

Vingt-sept ans, jardinier, né à Vanosc (Ardèche).

Célibataire. A un oncle paternel aliéné. Pleurésie gauche à l'âge de treize ans. Fracture compliquée de jambe, il y a un an, bien consolidée, mais avec cicatrisation incomplète, et légère suppuration, le malade est resté au lit pendant plus de dix mois, ce qui, paraît il, lui aurait progressivement modifié le caractère.

Il vient de l'Hôtel-Dieu de Lyon et entre le 4 juin 1895. Il présente un délire lypémanique anxieux avec idées d'indignité et d'empoisonnement, et préoccupations religieuses. Le tout sans grande agitation et sans symptômes généraux.

Le malade est alité, tant par suite de la surveillance étroite qu'il nécessite, que par suite de la plaie qu'il présente à la jambe droite. Il paraît s'améliorer progressivement et, le 2 juillet, on le fait lever. Il est sournois et solitaire, mais paraît calme.

8 juillet. — Brusquement et sous l'influence d'une hallucination auditive, il assomme d'un coup de balai un de ses voisins et est immédiatement pris d'un accès de délire extrêmement intense.

A cette époque, il ne présente aucun sillon sur les ongles.

Il est couché et camisolé, et l'état d'agitation perpétuelle avec

hallucination de la vue et de l'ouïe persiste, malgré le traitement, jusqu'au commencement d'août. L'amélioration est graduelle à partir de cette époque. La température a toujours été normale.

10 août. — Un sillon apparaît dont la lèvre postérieure n'est pas encore dégagée du pli épidermique sur chacun des pouces.

25 août. — Le malade se lève, et ne manifeste plus d'idées délirantes. Il a, dit-il, perdu la tête pendant près de deux mois, et conserve intact le souvenir de tous les événements écoulés durant cette période. Il reste un peu déprimé, avec un certain degré d'anxiété.

On constate alors sur le pouce droit deux sillons, tous deux surtout marqués au centre de l'ongle dont ils occupent tout le diamètre transversal.

Le premier à son bord externe a 4 millimètres de la base et présente une largeur de 2 millimètres. Le second est contiguë à la base et séparé du premier par une crête d'1 millimètre d'épaisseur. Crête et sillon sont lisses.

Sur le pouce gauche la disposition est identique, sauf que la lèvre antérieure du sillon, le premier apparu, est à 3 mm. 50 seulement de la base.

Sur les ongles des doigts : on constate à 3 mm 50 environ de la base un sillon unique assez large mais peu profond.

Rien sur les ongles des orteils, sauf la striation transversale due à l'usage des souliers.

L'amélioration signalée se continue et le malade est transféré le 9 septembre à l'asile de Privas. Pendant toute la durée de l'accès de lypémanie aiguë, la température a été normale, et les urines n'ont présenté ni sucre ni albumine. On n'a noté comme troubles somatiques qu'un certain état saburral aujourd'hui disparu, et de la constipation qui était du reste habituelle chez le malade et dont les purgatifs répétés n'ont pu venir à bout.

A ces observations nous en ajouterons une qui est d'un grand intérêt, en ce que chez le malade les sillons se sont montrés bien avant l'apparition de tout symptôme psy-

chique, comme de tout symptôme physique grave, témoignant déjà d'un trouble général vague, assez peu intense et peu localisé pour n'altérer presque en rien le fonctionnement de l'organisme et qui pourtant se traduisait du côté des ongles par une modification dans leur sécrétion.

Chez deux autres malades, nous avons vu l'apparition de sillons précéder celle de l'aliénation mentale ; mais alors elle coïncidait avec l'évolution de troubles gastro-intestinaux légers, il est vrai, mais qui tenaient vraisemblablement et le trouble sécrétoire et le trouble psychique sous leur dépendance.

OBSERVATION VII

Sillons précédant l'apparition d'un accès de lypémanie anxieuse.

G. D..., tisseur, né le 13 février 1865, à Lyon, entre à l'asile le 16 septembre 1895. Le malade est marié et ne présente rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Le certificat de vingt-quatre heures constate que G... est atteint d'aliénation mentale caractérisée actuellement par un délire lypémanique avec agitation et idées de suicide.

Le malade a eu jusqu'à présent une bonne santé et ce n'est que un mois avant son entrée que l'affection a débuté par de l'insomnie accompagnée de subexcitation nerveuse, avec diminution de l'appétit. Sur ce point, sa femme que nous avons interrogée soigneusement, donne des détails précis. Malgré le bromure de potassium, l'insomnie et les autres symptômes persistent, et bientôt surviennent des idées de persécution et d'empoisonnement qui le font interner.

An premier examen, G... se trouve dans un état d'agitation intense, il crie, gesticule, fait des grimaces sans prendre un instant de repos.

Son délire est extrêmement incohérent.

Il est assez affaibli, mais sans que l'examen général dénote autre chose qu'un état suburral assez marqué avec un certain degré de constipation. L'appétit est très diminué, et le malade sous l'influence de son délire prend difficilement des aliments solides et liquides qu'il croit dénaturés dans le but de le faire périr.

G... est couché et son état d'agitation perpétuel exige l'emploi de la camisole de force.

Température normale. Urines normales.

A cette époque, nous constatons sur les ongles des mains :

Sur le pouce gauche : de la base de l'ongle à 5 millimètres en avant un épaississement lisse et sans changement de coloration, se terminant en pente douce à côté de la pointe du doigt, et creusé de deux sillons larges d'1 millimètre et situés : le premier, à 1 millimètre de la base de l'ongle, le second à 3 millimètres en avant.

Sur le pouce droit, même disposition, avec cette différence que l'épaississement est plus long et occupe 6 mm. 50 à partir de la base.

Sur le médium droit : Epaississement occupant une étendue de 5 millimètres et présentant les mêmes caractères qu'aux deux pouces.

Rien aux ongles des orteils.

Les ongles de chaque pouce sont marqués le 19 septembre au niveau de la base par une ligne au nitrate d'argent. Le 30 septembre l'accroissement est à peine de 1/2 millimètre.

Le malade est purgé plusieurs fois, et le 27 septembre son état s'améliore brusquement.

En même temps que le délire se calme, l'insomnie disparaît et l'appétit revient.

30 septembre. — Il est réclamé par sa famille et sort très amélioré.

2° Sillons concomitants de maladies mentales de longue durée ou à évolution chronique.

Ces sillons se rencontrent : dans la mélancolie avec stupeur et dans la mélancolie subaiguë, dans la manie chronique avec idées de persécutions, dans la paralysie générale et dans l'épilepsie. Ils ont pour caractères communs de s'y développer naturellement sans que rien vienne interrompre le cours régulier de la maladie ; de se remarquer surtout sur les ongles des pouces et d'être généralement peu profonds, et toujours plus ou moins nombreux, de sorte que dans certains cas on peut en compter jusqu'à quinze sur le même ongle qui paraît finement strié dans le sens transversal.

a) Dans la mélancolie avec stupeur et dans la mélancolie subaiguë les sillons se rencontrent fort souvent. Les troubles organiques qui font de ces affections des folies générales en rendent l'interprétation facile, ils ne seront en effet que l'expression d'un trouble sécrétoire analogue à ceux qu'on y constate souvent du côté des glandes salivaires ou sudoripares et qui sont sous la dépendance de l'état général. Du reste, chez ces malades, la croissance des ongles est presque constamment ralentie, et n'est souvent que d'1 millimètre par quinzaine chez des sujets pourtant jeunes.

Nous ne citerons qu'une observation de mélancolie avec sillons, car entre toutes celles que nous pourrions imprimer n'existent que des différences de détails sans intérêt.

OBSERVATION VIII

*Dépression lypémanique avec tendance à la stupeur,
Sillons.*

S..., Joseph, ouvrier teinturier, âgé de trente trois ans, entre à l'asile le 3 juin 1892. A dans sa famille un oncle du côté maternel aliéné. Le certificat d'admission porte comme diagnostic : Dépression lypémanique avec tendance à la stupeur. Depuis cette époque jusqu'au 15 octobre 1895 les bulletins de santé ne signalent aucun changement dans l'état du malade. L'examen complet, fait le 25 août de la même année, donne les résultats suivants :

Le malade est pâle et maigre et mange assez difficilement. La langue est légèrement saburrale et on constate de temps à autre des éructations qui sont habituelles. Les selles sont régulières. La respiration est irrégulière, incomplète, mais nous comptons pourtant 15 inspirations par minute.

Les pulsations cardiaques sont diminuées de nombre (60 par minute) et d'intensité.

La sensibilité est très diminuée et on peut pincer assez fortement S... sans en tirer une réaction douloureuse.

Du reste, le malade ne parle presque pas et reste immobile assis sur un banc.

Les extrémités sont froides et cyanosées et, pendant tout l'hiver, quoique ne sortant pas d'une salle chauffée, il a présenté des engelures énormes.

Quoique très affaibli, l'état physique de S... est relativement amélioré, il a légèrement engraisé et mange davantage.

Les ongles de tous les doigts de la main présentent une série de sillons qui sont surtout marqués sur les pouces. Ces sillons sont peu profonds, on en compte jusqu'à huit sur le même ongle.

Les ongles qui ont été marqués d'un trait à la base le 1^{er} juillet n'ont cru que de 2 millimètres. Le 10 novembre le trait n'est qu'à 7 millimètres de la base de l'ongle.

Chez ces malades les sillons disparaissent :

1° Quand le malade guérit et que l'état mental s'améliore en même temps que les symptômes organiques s'amendent ;

2° Quand le malade devient dément et reprend des forces et de l'embonpoint, sans qu'on puisse constater une atténuation de la gravité des symptômes psychiques.

Aussi, quand le retour à la normale paraît s'effectuer et que les sillons persistent, faut-il se méfier, attendre pour porter un pronostic favorable auquel la marche ultérieure de l'affection viendrait porter un démenti.

Dans la manie chronique avec délire des persécutions nous avons recueilli environ cent quarante observations de sillons des ongles et avons recherché chez ces malades un trouble organique qui pût en être la cause. Mais chez la plupart, la santé était excellente et rien du côté du fonctionnement viscéral comme du côté des échanges nutritifs ne pouvait donner la clef du phénomène. Restaient les troubles mentaux, c'est de ce côté que devaient se tourner les recherches et venait immédiatement à l'esprit l'idée de faire des sillons des ongles une expression fidèle de l'orientation du délire, une traduction organique des préoccupations morales.

C'est du reste la seule manière logique d'expliquer ce fait si remarquable et qui ferait de l'ongle un tissu mal-léable où les pensées tristes viendraient se graver.

Certains de ces malades présentaient des alopecies de formes bizarres et inexpliquées, et peut-être aurions-nous pu trouver chez eux cette bifidité des poils de barbe que Brown Sequard avait signalée dans l'hypocondrie. Nous

ne citerons qu'une observation aussi concluante que toutes les autres qui en sont une reproduction presque exacte.

OBSERVATION IX

Délire de persécutions avec hallucinations. — Pas de troubles somatiques. — Sillons multiples.

G..., Jacques, cultivateur, âgé de trente-cinq ans, né et domicilié à Chausson (Rhône), célibataire, entre à l'asile le 7 mai 1887.

On ne trouve aucun aliéné dans sa famille.

Il a fait un premier séjour à Bron en 1884.

Le malade est calme, mais craintif et méfiant, il marmotte continuellement. La nuit il dort mal, entend des voix qui l'insultent. Les gens dans la rue lui font des grimaces, etc. L'état est resté stationnaire, et à aucun moment le malade n'a présenté des troubles somatiques. La langue est bonne, l'appétit excellent et les fonctions digestives s'exécutent normalement. Après les premiers jours d'internement, l'insomnie a reparu.

Le 14 août, une marque est faite à la base des ongles au nitrate d'argent, les ongles de chaque pouce et de chaque médus présentaient alors des sillons multiples très visibles, et qu'on observait aussi, mais d'une façon moins nette, sur les autres doigts.

Le 11 novembre, on constate que l'ongle du pouce gauche a cru de 7 millimètres et celui du pouce droit de 6 millimètres seulement.

Aux anciens sillons sont venus s'ajouter d'autres dans la partie de nouvelle formation. On en constate un nombre qui varie suivant les doigts, de 7 à 10.

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Chez les paralytiques généraux, nous avons rencontré des sillons multiples des ongles aux différentes périodes de la maladie et, en dehors de l'orientation du délire vers les idées de satisfaction ou de persécution, leur existence est surtout intéressante à la période de début ou en dehors même de symptômes permettant d'affirmer nettement le diagnostic, leur présence vient témoigner de la diffusion du processus morbide, sinon de sa gravité.

DANS L'ÉPILEPSIE

Un très grand nombre d'épileptiques présentent des sillons multiples des ongles qui peuvent être interprétés de trois façons différentes :

1° Chez certains, et c'est le plus grand nombre, la santé générale est excellente, avant et après les crises on ne constate pas de troubles digestifs, mais quelquefois un peu d'excitation avec un léger délire, sans idées de persécutions nettes. Chez ceux-là, la présence de sillons unguéaux ne peut être attribuée qu'à la crise elle-même, et il est certain qu'une crise grave provoque l'apparition de sillons, comme le montre l'observation chez les épileptiques purs à crises rares.

OBSERVATION X

D..., Jules, cultivateur, trente-quatre ans, entre à l'asile en 1893, est épileptique depuis l'âge de quinze ans. Depuis qu'il est à l'asile il prend une moyenne de deux crises tous les trois mois.

Le 25 août, il prend une crise violente suivie d'un accès d'agitation, à la suite duquel le malade est camisolé et transporté à l'infirmerie où il reste trois jours.

Le 7 octobre, seconde crise beaucoup moins violente que la précédente.

Bon état général. Fonctions digestives normales. Le malade ne délire presque pas en dehors des périodes de crises.

Le 1^{er} novembre, nous constatons la présence de deux sillons, le premier, très net, est situé à 5 millimètres de la base de l'ongle du pouce. Le deuxième est situé à la base même et est beaucoup plus léger que le précédent. Il n'est pas douteux que ces sillons soient dus aux crises signalées.

2° Dans une seconde catégorie, on peut placer les épileptiques avec délire des persécutions, chez lesquels les sillons peuvent être sous la dépendance à la fois des crises et des troubles psychiques ;

3° Enfin, en troisième lieu, nous avons à considérer ceux chez lesquels les crises sont en relation directe ou coïncident simplement avec des symptômes viscéraux et, en particulier, digestifs, qui peuvent jouer un rôle dans l'apparition de notre lésion.

CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES

Chez un certain nombre d'aliénés atteints d'hémiplégie, nous avons constaté la présence de sillons sur les ongles du côté paralysé, alors que du côté sain on n'en trouvait pas trace.

La présence de sillons paraît s'allier à un certain ralentissement dans la croissance de l'ongle. Ces troubles trophiques n'ont rien d'extraordinaire et rentrent bien dans

le cadre symptomatique de l'affection ; chez les hémiplegiques guéris, ils pourraient être l'expression de troubles généraux assez délicats pour ne donner lieu à aucune manifestation extérieure autre que cette apparition de sillons sur le membre malade, c'est-à-dire au lieu de moindre résistance.

OBSERVATION XI

Adolphe S..., clerc de notaire, trente et un ans, entré le 12 septembre 1880, le certificat d'entrée porte : Délire partiel avec idées de persécution et idées de grandeur.

En mars 1895. — Attaque apoplectiforme suivie d'hémiplégie gauche qui s'améliore progressivement, de sorte qu'en août on ne constate plus qu'une légère diminution de la force en même temps qu'une légère diminution de volume dans les membres paralysés.

On constate alors sur tous les ongles des doigts paralysés une série de sillons transversaux dont le nombre varie de 4 à 7. Les ongles sont lisses du côté sain.

OBSERVATION XII.

Antoine C..., quarante ans, commis voyageur, entré le 14 décembre 1876, le certificat d'entrée porte le diagnostic d'aliénation mentale caractérisée par de la perversion de l'intelligence.

En septembre 1893 survient une attaque apoplectiforme suivie d'hémiplégie gauche avec contractures.

Le bras est collé au tronc, l'avant-bras, la main et les doigts sont fortement fléchis.

La cuisse est en flexion sur le bassin et la jambe en flexion sur la cuisse.

L'atrophie musculaire est assez prononcée.

L'état reste stationnaire et on ne constate aucune amélioration.

Sur l'ongle du pouce et sur le medius et l'auriculaire gauche on constate la présence de trois sillons nettement marqués, lorsqu'à droite les ongles sont complètement lisses. !

Le malade affirme que les ongles du côté paralysé croissent bien moins vite que du côté sain.

CONCLUSIONS

Nous reprendrons les conclusions de Beau en y apportant les modifications que les observations postérieures et nos recherches personnelles rendent indispensables et nous dirons :

Les sillons des ongles sont toujours consécutifs à un trouble organique, mais ce trouble est quelquefois assez léger pour qu'on ne puisse en retrouver trace. Par contre, certains individus, à la suite d'une maladie grave, ne présentent pas de sillons. Il s'ensuit que leur présence ne permet pas de conclure fatalement à une maladie sérieuse.

La profondeur du sillon est généralement en rapport avec l'intensité de la maladie et la longueur en rapport avec sa durée, mais les variations individuelles nombreuses ne permettent pas de tirer des conclusions mathématiques.

La distance du sillon à la base de l'ongle permet de calculer, mais d'une façon approximative, l'époque de la maladie antérieure.

Quant à conclure de la descente plus ou moins rapide

des pentes du sillon au mode plus ou moins brusque d'apparition ou de terminaison de l'affection antérieure, c'est chose impossible dans la pratique.

Beau dit encore : Si l'on trouve plusieurs sillons, c'est qu'il y a eu plusieurs maladies séparées par des intervalles de santé. Ceci est vrai dans certains cas, mais les sillons multiples des ongles sont bien plus souvent l'expression d'un état chronique avec alternatives d'amélioration et d'aggravation difficilement perçues.

— Les sillons des ongles qu'on rencontre chez les aliénés peuvent être classés en deux groupes :

1° Les uns sont consécutifs à des troubles graves et aigus sous la dépendance, soit d'une maladie intercurrente sans rapport avec l'aliénation, soit d'une épisode aigu dans le cours d'une affection mentale.

Ces sillons sont généralement uniques, quelquefois doubles, mais toujours nettement marqués. On les observe rarement.

2° Les autres sont concomitants d'une affection mentale chronique. On les rencontre :

Dans la paralysie générale à toutes les périodes ;

Dans l'épilepsie où ils semblent être autant d'encoches correspondant chacune à une crise antérieure ;

Dans la lypémanie avec stupeur et dans la lypémanie subaiguë avec symptômes digestifs, leur présence est presque constante puisque les troubles généraux à défaut des troubles psychiques peuvent les engendrer.

Chez ces malades :

1° L'apparition de sillons peut précéder celle de la maladie, indiquant ainsi une période d'incubation de longueur variable ;

2° Leur succession ininterrompue prouve qu'il n'y a pas d'amélioration effective.

Dans le délire de persécution chronique en l'absence de tout trouble somatique, ces sillons multiples ont une grande fréquence. L'orientation des idées délirantes peut seule donner la clef de leur formation, ce qui prouve une fois de plus que le groupe des folies dites partielles est de création factice, et que l'influence du moral sur le physique a cent manières de se traduire qui doivent être souvent recherchées avec soin.

Chez certains hémiplésiques nous avons constaté la présence de sillons du côté paralysé, alors que du côté sain les ongles ne présentaient pas d'anomalies.

Les sillons du second groupe, c'est-à-dire apparaissant dans le cours des maladies chroniques, sont ceux où ces caractères commencent d'être multiples et peu marqués.

Nous ajouterons que, de la masse des 250 observations que nous avons recueillies, jaillit à la lumière ce fait précis que la fréquence des sillons est en raison directe de l'intensité des troubles psychiques ; et que leur disparition a lieu d'une part quand la guérison s'effectue et d'autre part quand la démence apparaît.

Vu bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PIERRET.

Vu, bon à imprimer :

POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LÉPINE.

Vu, bon et permis d'imprimer :

POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

TABLE

Introduction.	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	9
CHAPITRE II. — Caractères physiques des sillons des ongles.	12
CHAPITRE III. — Causes productrices des sillons	16
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.	17
CHAPITRE V. — Physiologie pathologique	18
CHAPITRE VI. — Diagnostic différentiel	19
CHAPITRE VII. — Des indices que peuvent fournir les sillons.	20
CHAPITRE VIII. — Les sillons dans l'aliénation mentale.	24
Conclusions.	43

